

## Riskbruk, skadligt bruk och beroende av alkohol - Regionövergripande riktlinje för primärvård

**Författat av:** Björn Strandell, distriktsläkare Skebäcks vårdcentral och medicinsk rådgivare Hälsoval

Hanne Carlsson, distriktsläkare Ängens vårdcentral

Christian Lettström, ST-läkare Beroendecentrum, USÖ

Pernilla Widlund, sjuksköterska Askersunds vårdcentral

Kerstin L. Angergård, verksamhetsutvecklare Enheten för kunskapsstyrning, Hälso- och sjukvårdsförvaltningen

### Innehållsförteckning

<b>1</b>	<b>Bakgrund</b> .....	<b>2</b>
<b>2</b>	<b>Definitioner</b> .....	<b>2</b>
2.1	Riskbruk av alkohol .....	2
2.2	Skadligt bruk av alkohol .....	3
2.3	Alkoholberoende .....	3
2.4	Diagnoskoder .....	4
<b>3</b>	<b>Diagnostik och utredning</b> .....	<b>4</b>
3.1	Anamnes och status .....	4
3.2	Vanliga orsaker till sjukvårdskontakter .....	4
3.3	Frågeinstrument .....	6
3.3.1	Levnadsvaneforumlär .....	6
3.3.2	AUDIT .....	6
3.4	Laboratorieanalyser .....	6
<b>4</b>	<b>Behandling</b> .....	<b>7</b>
4.1	Klassifikation av vårdåtgärder - KVÅ .....	8
4.2	Nationella stöd .....	9
4.3	Läkemedel vid alkoholberoende .....	9
4.4	Vem gör vad kring den alkoholberoende patienten? .....	9
4.5	Beroendevård inom Region Örebro län .....	10
<b>5</b>	<b>Referenser</b> .....	<b>11</b>

## 1 Bakgrund

De flesta vuxna svenskar använder alkohol. För flertalet leder detta inte till några negativa konsekvenser. Samtidigt har alkoholen en hög potentiell skadlighet. Enligt nationella folkhälsoenkäten 2020 är det ungefär 16 procent av den svenska befolkningen som har ett riskbruk och hälften av dessa har ett skadligt bruk eller en beroendeproblematik.

Riskbruk av alkohol är förenat med en ökad risk för lång- och kortvariga skadliga konsekvenser som till exempel ett stort antal sjukdomar och olycksfall. Alkohol påverkar alla vävnader i kroppen och bland de många tillstånd som kan vara direkt eller indirekt orsakade av alkohol kan nämnas; cancer i olika organ, neuropsykiatriska sjukdomar, depressioner, hjärt-/kärlsjukdomar, leversjukdomar, kronisk värk, skador genom olycksfall och självtillfogade skador. I samband med operation ökar risken för postoperativa komplikationer i form av infektioner, blödningar, sårproblem och hjärt-lungkomplikationer. Bruk av alkohol under graviditet innebär även en ökad risk för fostret och dess utveckling. Bruk av alkohol är en av de största enskilda riskfaktorerna för dödsfall och ohälsa bland unga 15-19 år.

En uppdaterad nationell riktlinje för Prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor utkom 2018 där rådgivande samtal som behandling har högst prioritet vid riskbruk av alkohol eller bruk av alkohol för gravida och unga under 18 år.

Kommunikation med patienten är särskilt svår när det gäller alkohol då patienten lätt känner skam och skuld. Läkarens eller annan vårdgivares förmåga att föra ett gott samtal med sin patient och skapa en terapeutisk allians är därför avgörande när patienten ska ges underlag för beslut om sina alkoholvanor. Diagnostik, samtalsmetoder och behandling skiljer sig väsentligen åt när det gäller riskbruk av alkohol jämfört med skadligt bruk och beroende av alkohol.

## 2 Definitioner

### 2.1 Riskbruk av alkohol

Riskbruk av alkohol medför ökad risk för skadliga fysiska, psykiska och sociala konsekvenser, men där det inte finns ett missbruk eller ett beroende. Förenklat kan man säga att vid riskbruk är alkoholbruket en riskfaktor för sjukdom, medan vid beroende är alkoholbruket sjukdomen.

Känsligheten för alkoholens effekter varierar mellan olika personer men kan också variera för en person över tid och beroende på omständigheter. Känsligheten kan variera beroende på t.ex. kön, ålder, genetiska faktorer och i kombination med vissa läkemedel. Det är därför inte möjligt att fastställa en riskfri konsumtionsnivå för alla.

Riskbruk föreligger vid:

Hötkonsumtion	mer än <b>9 standardglas/vecka för kvinnor</b> mer än <b>14 standardglas/vecka för män</b>
Intensivkonsumtion	Intag vid ett och samma tillfälle: <b>4 standardglas eller mer för kvinnor</b> <b>5 standardglas eller mer för män</b>
Vissa omständigheter	Alkoholkonsumtion vid situationer i trafiken och i arbetslivet.

Individuella omständigheter Alkoholkonsumtion vid graviditet, ungdomar under 18 år, genomgång av en operation, en del sjukdomar, viss medicinering och hög känslighet för alkohol.

Ett standardglas motsvarar 12 gram alkohol och finns till exempel i:



## 2.2 Skadligt bruk av alkohol

Skadligt bruk innebär tydliga bevis att alkoholanvändning är orsaken till fysisk eller psykisk skada, inklusive försämrat omdöme eller dysfunktionellt beteende, som kan leda till en försämrad förmåga att prestera eller negativa konsekvenser i relation till andra personer.

Nedanstående är en sammanfattning av kriterierna i ICD-10:

- Klara bevis för psykiska eller fysiska skador.
- Skadans natur ska vara tydligt identifierbar (och specificerad).
- Mönstret av bruket har varit ihållande under minst 1 månad eller har förekommit upprepade gånger under en 12-månadersperiod.
- Störningen uppfyller inte kriterier för någon annan psykisk störning eller beteendestörning relaterad till samma drog under samma tidsperiod (utom för akut intoxikation).

## 2.3 Alkoholberoende

Alkoholberoende är ett specifikt sjukdomstillstånd som bland annat innebär svårigheter att kontrollera intaget, och en försämrad funktion i olika avseenden (fysiskt, psykiskt, socialt) som beror på alkoholens effekter.

Nedanstående är en sammanfattning av kriterierna i ICD-10:

Av följande kriterier ska minst 3 vara uppfyllda under de senaste 12 månaderna för att kunna ställa diagnosen beroende:

1. Ett starkt behov eller tvång att dricka alkohol. (**Alkoholsug**)
2. Svårigheter att kontrollera alkoholkonsumtionen. (**Kontrollförlust**)
3. **Abstinensbesvär** som tar sig fysiskt uttryck då konsumtion av alkohol upphör eller minskar (det vill säga skakningar, svettningar, hjärtklappning, oro, sömnsvårigheter, eller mindre vanliga; krampanfall, förvirring eller hallucinationer) eller drickande för att minska eller undvika abstinensbesvär.

4. **Ökad tolerans** som att större mängd alkohol måste konsumeras för att få önskad effekt.
5. Tilltagande ointresse för andra saker på grund av alkohol samt att mycket tid ägnas åt att handla alkohol, dricka den samt återhämta sig från drickandet. (**Drogsökande beteende**)
6. **Drickandet fortsätter** trots vetskap om de fysiska och psykiska skador som det sannolikt leder till eller förvärrar, till exempel leverskador, nedstämdhet som följs av periodvis intensiv konsumtion, alkoholrelaterad funktionsnedsättning eller kognitiv funktionsnedsättning.

## 2.4 Diagnoskoder

Z72.1	Alkoholbruk
F10.1	Skadligt bruk av alkohol
F10.2	Alkoholberoende

## 3 Diagnostik och utredning

### 3.1 Anamnes och status

Patienter som har en överkonsumtion av alkohol söker oftast inte för detta, utan de söker för en stor mängd andra besvär som de önskar få hjälp med. Det är viktigt att se vad som döljer sig bakom dessa symtom, och frågor runt alkoholvanor bör ingå som en naturlig del av anamnesen. Förhållningssättet bör vara vänligt, empatiskt, lyssnande och icke-konfrontativt då det saknas vetenskapligt stöd för konfrontativa metoder. Det är även viktigt att koppla de somatiska besvär patienten söker för till en förhöjd konsumtion av alkohol då det ökar motivationen hos patienten att minska på alkoholintaget. De flesta alkoholrelaterade problemen är reversibla om de upptäcks i tid och information om att minskning av alkoholintaget tydligt kan bidra till att symtom upphör och skador läker ut är även det motiverande.

Inled med öppna frågor om hur patientens alkoholvanor ser ut i dagsläget, detaljerade frågor om konsumtionsnivåer kan vänta till nästa samtal. Fråga om lov att prata mer om patientens alkoholintag och hur det kan påverka de olika symtom som patienten söker för. De allra flesta patienter med alkoholproblem är positiva till att prata om alkohol i ett hälsoperspektiv och man behöver sällan vara rädd för att tränga sig på om det görs på ett respektfullt sätt.

Utredningen bör innefatta noggrann anamnes inklusive frågor om psykiatrisk samsjuklighet, bedömning av social funktionsnivå och problem inom andra livsområden, somatiskt status samt laboratorieanalyser. Som stöd finns även standardiserade frågeinstrument som med fördel bör användas (beskrivs nedan).

### 3.2 Vanliga orsaker till sjukvårdskontakter

Läkemedelsboken har listat vanliga somatiska och psykiska problem där alkoholbruk kan vara en påverkande faktor.

Somatiska problem:

- Dyspepsi och/eller reflux.  
Alkohol ger minskad tonus i sfinktern i kardia, vilket kan ge upphov till refluxsymtom.

- Hypertoni.  
Högkonsumtion av alkohol bedöms kunna orsaka cirka ¼ av den så kallade essentiella hypertonin. Både det diastoliska och det systoliska blodtrycket påverkas. Vid normalisering av en hög alkoholkonsumtion sjunker blodtrycket.
- Hjärtarytmier.  
Hos medelålders män är förmaksflimmer ofta relaterat till alkohol. Palpitationer och takykardi är andra vanliga symtom vid riskbruk.
- Infertilitet och impotens.  
Vid infertilitetsutredningar hos män (utan hållpunkter för skadligt bruk av alkohol/alkoholberoende) har man funnit högkonsumtion av alkohol som orsak i mer än en tredjedel av fallen.
- Hudsjukdomar.  
Riskbruk kan förvärra eller utlösa många vanliga hudsjukdomar, till exempel psoriasis, neurodermatit och seborroiskt eksem.
- Gikt.  
Alkohol påverkar uratmetabolismen och ett samband finns mellan hög alkoholkonsumtion och hyperurikemi.
- Svårreglerad diabetes.  
Dels hindrar alkohol nybildningen av socker i levern och kan därmed bidra till snabba blodsockerfall, dels bidrar det till övervikt och därmed försämrad diabetes typ 2.
- Det finns även anledning att inventera alkoholbruk vid långvarig smärtproblematik och hos patienter som söker för upprepade skador, även småskador.

#### Psykiska problem:

- Sömnbesvär.  
Ytlig sömn med tidigt uppvaknande. Med tanke på korstolerans och risk för beroendeutveckling är det viktigt med en alkoholanamnes innan sömnmedel skrivs ut.
- Ångest, oro, nedstämdhet.  
Alkohol används ofta för att dämpa ångest, men detta leder snabbt till en ond cirkel där ångesten i stället förstärks och ett beroende kan utvecklas. Alkohol kan utveckla och förstärka symtom som diagnostiseras och behandlas som depression eller ångesttillstånd. Alkohol utgör en av de främsta riskfaktorerna för självmord. Det är därför särskilt viktigt att beakta alkohol vid utredning av nedstämdhet och krisreaktioner och att informera patienten om att alkohol ofta förvärrar ångest och nedstämdhet.
- "Kroniskt trötthetssyndrom".  
Vid utredning av trötthet bör, parallellt med att kroppsliga sjukdomsorsaker och psykiatriska sjukdomstillstånd beaktas, även patientens alkoholvanor uppmärksammas.
- Nedsatt minnesförmåga.  
Vid utredning av nedsatt minne och demens bör alltid alkohol övervägas som orsak.
- Frekvent sjukskrivning/psykosocial problematik på arbetsplatsen.

### 3.3 Frågeinstrument

#### 3.3.1 Levnadsvaneforumlär

Ett sätt att ta upp alkohol tillsammans med andra levnadsvanor är att patienten inför sitt besök i vården får fylla i ett [formulär](#) med frågor om levnadsvanor och att frågorna sedan diskuteras vid besöket. Detta formulär innehåller två frågor om alkohol, en om högkonsumtion och en om intensivkonsumtion. Användande av formuläret leder till:

- förberedda patienter
- effektivare besök där man kan fokusera på det som behöver förändras
- medvetandegöra levnadsvanornas betydelse utifrån olika sjukdomstillstånd
- underlätta för personal att ta upp frågorna till diskussion.

Frågorna är screeningfrågor och ska ses som ett diskussionsunderlag i mötet med patienten och de kan behöva kompletteras med ytterligare frågor om levnadsvanor och om livssituationen som helhet. Framkommer misstanke om riskbruk kan man med fördel komplettera med AUDIT.

Formuläret kan antingen skickas via brev till patienten eller som ett webbformulär i 1177 Vårdguidens e-tjänster som skickas från respektive journalsystem.

#### 3.3.2 AUDIT

[AUDIT](#) (Alcohol Use Disorders Identification Test; Saunders, et al, 1993) är ett screeningformulär för identifiering av riskfylld och skadlig alkoholkonsumtion. Syftet med AUDIT är att snabbt och enkelt kunna identifiera personer med riskfylld eller skadlig alkoholkonsumtion. Formuläret kan användas för självskattning eller som underlag för en strukturerad intervju. Det kan användas i samband med tagning av anamnes, allmän hälsoundersökning eller liknande.

AUDIT består av ett frågeformulär med tio frågor avsedda att mäta tre olika domäner:

1. Konsumtion (tre frågor om mängd och frekvens)
2. Beroende (tre frågor)
3. Alkoholrelaterade skador och problem (fyra frågor)

Resultat över cut-off-gränsen 6 poäng för kvinnor/8 poäng för män ger indikationer om ett riskfyllt drickande.

### 3.4 Laboratorieanalyser

Beträffande specificitet och sensitivitet är PEth den viktigaste biologiska markören för att påvisa överkonsumtion av alkohol. Andra prover som kan visa ett mönster och ge vägledning i alkoholdiagnostiken är CDT, leverprover inklusive GT och MCV. CDT har en betydande roll hos Transportstyrelsen där man ska påvisa låga värden för att återfå indraget körkort på grund av rattfylleri.

PROV	ÅTERGÅNG EFTER ALKOHOLINTAG	KOMMENTAR
------	-----------------------------------	-----------

<b>PEth</b>	1-2 veckor	Återspeglar främst konsumtion de senaste 2 veckorna. Specificitet ~100%. Sensitivitet 99%
<b>CDT</b>	2-4 veckor	Förhöjt vid >60 g alkohol/dag (dvs 1 flaska vin/dag eller 20 cl starksprit/dag). Specificitet: ca 90%. Gällande sensitivitet krävs det hög och regelbunden konsumtion i minst 10 dagar. Sensitivitet vid högkonsumtion ca 30%, beroende ca 80%.
<b>ASAT/ALAT</b>	1-2 veckor	Stiger ffa om levern redan är skadad. Om normalt, men inom övre halvan av referensvärdet, bör misstanke riktas kring hög alkoholkonsumtion. Specificitet vid högkonsumtion ca 50%. Sensitivitet vid alkoholberoende ca 50%, vid högkonsumtion 20-30%.
<b>GT</b>	3-6 veckor	Har sin största fördel i långtidsuppföljning, men bara drygt 1/3 av GT stegringar i en befolkning beror på alkohol. Specificitet: ca 50%. Sensitivitet vid högkonsumtion 30-40%, beroende 60-70%.
<b>MCV</b>	2-6 månader	Förhöjt MCV utan anemi. Måttlig sensitivitet och specificitet.
<b>Alkohol i blod eller utandningsluft</b>	8-18 timmar	Alkoholpåverkan dagtid trots förnekande är ett mycket signifikativt test.
<b>Urat</b>	2-3 dagar	Stiger, men ospecifikt
<b>Triglycerider</b>	24-48 timmar	Stiger, men ospecifikt
<b>HDL-kolesterol</b>	1-3 veckor	Stiger, men ospecifikt

## 4 Behandling

Primärvården har stora möjligheter att tidigt upptäcka och behandla personer med riskabla alkoholvanor eftersom prevalensen är så hög. Att hantera frågan kring riskbruk av alkohol är lätt att integrera i allmänmedicinsk praktik, till exempel via levnadsvaneformulär. Man behöver sällan vara rädd för att "tränga sig på". De allra flesta patienter med alkoholproblem är positiva till att diskutera alkohol i ett hälsoperspektiv.

Målet för behandlingen är individuell och bestäms av patienten själv och bygger på patientens motivation. Målet kan förstås förändras under behandlingen och patientens motivation kan påverkas genom specifik samtalsmetodik (till exempel Motiverande samtal). Det är inte alltid total alkoholfrihet som eftersträvas, men vid till exempel kraftigt skadligt bruk av alkohol är åtminstone en kortare period av alkoholfrihet nödvändig för att man ska kunna genomföra en behandling, till exempel med återfallsförebyggande läkemedel och motiverande samtal.

I första hand syftar behandlingen till att begränsa alkoholkonsumtionen. I andra hand är det önskvärt med en ökad psykisk och social funktionsnivå. Eftersom specifik psykiatrisk behandling i regel är verkningslös för en patient med ett skadligt bruk av alkohol ska man alltid prioritera interventioner som syftar till alkoholfrihet.

Ett hälsofrämjande samtal ska stödja individens möjlighet att öka kontrollen över sin egen hälsa och att förbättra den. Dessutom ska samtalet utformas som en stödjande dialog som utgår från patientens egen upplevelse av levnadsvanan. För patienter med mindre uttalade alkoholproblem har korta, begränsade behandlingsinsatser (rådgivande samtal) samma effekt som mer omfattande behandling. För människor med svårare problem ses bättre resultat med mer omfattande behandling.

### Rådgivande samtal

I Socialstyrelsens riktlinjer rekommenderas personer med **riskbruk** rådgivande samtal. Med rådgivande samtal avses ett samtal som förs som en dialog mellan personal och patient och anpassas till den specifika patientens ålder, hälsa och risknivåer med mera. Om det finns särskilt behov kan det rådgivande samtalet kompletteras med olika verktyg och hjälpmedel (till exempel skriftlig material som "Goda levnadsvanor gör skillnad"), med särskild uppföljning och motiverande strategier (till exempel samtal i MI-anda). Samtalet beräknas vanligtvis ta 10–15 minuter men kan ibland pågå upp till 30 minuter.

### Kvalificerat rådgivande samtal

För personer med **skadligt bruk** och stor till mycket stor svårighetsgrad rekommenderas kvalificerat rådgivande samtal. Förutom det som ingår i rådgivande samtal inklusive eventuella kompletterande insatser enligt ovan ska ett kvalificerat rådgivande samtal vara teoribaserat och personalen ska utöver ämneskunskap om alkohol vara utbildade i den metod de använder. Socialstyrelsen har inte tagit ställning till specifika samtalsmetoder men nämner bland annat Motiverande samtal (MI) och Kognitiv beteendeterapi (KBT). Dessa samtal beräknas ta längre tid än rådgivande samtal men någon övre gräns anges inte. Oftast behövs återkommande samtal och dessa kan ske individuellt eller i grupp.

#### 4.1 Klassifikation av vårdåtgärder - KVA

Åtgärdsklassifikation är gemensam för olika verksamhetsområden och yrkeskategorier med behandlingsansvar och används för statistisk beskrivning. Åtgärder ska kodas enligt Socialstyrelsens Klassifikation av vårdåtgärder:

DV 121	Enkla råd om alkoholvanor
DV122	Rådgivande samtal om alkoholvanor
DV123	Kvalificerat rådgivande samtal om alkoholvanor

#### 4.2 Nationella stöd

Önskar patient eller anhörig stöd via telefon, chattforum eller via ett internetbaserat behandlingsprogram finns nationella stöd. Dessa bekostas av socialdepartementet och utförs i samarbete med Beroendecentrum Stockholm. På dessa sidor finns mycket information, även på flera olika språk.

Alkohollinjen.se – Stöd via telefon och självhjälpmaterial. Erbjuder rådgivande samtal.

Alkoholhjälp.se – Digitalt stöd, använder sig av MI och KBT.



#### 4.3 Läkemedel vid alkoholberoende

Enligt Socialstyrelsens rekommendationer i Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende bör hälso- och sjukvården erbjuda personer med alkoholberoende behandling med disulfiram, akamprosat eller naltrexon (prioritet 1). Nalmefen har lägre rekommendationsgrad (prioritet 4) då det har sämre vetenskapligt stöd och det saknas klinisk erfarenhet.

- **Antabus** (disulfiram) är ett väldokumenterat och beprövat avvänjningsmedel med god effekt om målet är helnykterhet. Intag bör ske under övervakning och har bättre effekt i kombination med stödjande samtal. Viktigt att **kontrollera transaminaser och GT** då Antabus metaboliseras via levern.
- **Campral** (akamprosat) minskar sug och bidrar till längre nyktra intervall. God effekt i form av minskad konsumtion och antal återfall, men tycks inte vara lika effektivt som disulfiram om målet är helnykterhet. Viktigt att **kontrollera S-Kreatinin** innan behandling då akamprosat utsöndras via njurarna.
- **Naltrexon** är en opioidreceptorantagonist som ska ta bort ruseffekten och är ett behandlingsalternativ för patienter som upplever påtaglig euforikänsla under alkoholintag. Naltrexon har, liksom disulfiram, en snabbt isättande effekt och ger framför allt färre tunga dryckesdagar. **Ska EJ ges till smärtpatienter** som har pågående opiat- eller opioidbehandling.
- **Selincro** (nalmefen) har liknande verkningsmekanism och effekt som Naltrexon, men tas istället som behovsmedicinering då man förutser en situation där man kan tänkas bli exponerad för alkohol (t ex om patienten ska på en middag eller fest senare samma dag).

#### 4.4 Vem gör vad kring den alkoholberoende patienten?

- **Primärvården** bör tidigt kunna upptäcka och behandla personer med riskabla alkoholvanor (riskbruk och skadligt bruk) eftersom prevalensen är hög.
- **Socialtjänsten** och **beroendevården** bör erbjuda ett integrerat lokalt omhändertagande för personer med *allvarligare* alkohol- och drogproblem.
- **Allmänpsykiatrin** har huvud- och samordningsansvaret för insatserna till patienter med samtidig psykisk störning och skadligt bruk.
- **Kommunerna** och **regionen** har ansvar för det förebyggande arbetet. Kommunens socialtjänst ansvarar för ekonomiskt bistånd, bostad och skydd. Socialtjänstlagen (SoL) anger att *"Socialnämnden skall aktivt sörja för att den enskilde missbrukaren får den hjälp och vård som han eller hon behöver för att komma ifrån missbruket. Nämnden skall i samförstånd med den enskilde planera hjälpen och vården och noga bevaka att planen fullföljs. Kommunen ska ingå en överenskommelse med regionen om ett samarbete i fråga om personer som missbrukar alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel, dopningsmedel eller spel om pengar."*

#### 4.5 Beroendevård inom Region Örebro län

Kommunen har det grundläggande ansvaret för beroendevården inklusive tillnyktring. Beroendecentrum (BC) är en egen klinik inom psykiatrin med mottagningar på Slottsgatan och på Universitetssjukhuset Örebro samt avdelning för ineliggande vård och abstinensbehandling (kallades tidigare avgiftning).

- **Allmänmottagning** med möjlighet för patienten att få träffa läkare, erhålla stödsamtal och Antabusutdelning via sjuksköterska eller kurator, neuropsykiatrisk utredning via psykolog samt psykoterapi. Till denna mottagning hör även Spelberoendemottagningen.
- **Neuropsykiatrisk mottagning** för patienter som har autismspektrumdiagnos och/eller ADHD utöver sitt beroende. Insatser likt vid Allmänmottagningen.
- **Beroendecentrums vårdavdelning (BCV)** har vårdplatser samt ett par intensivvårdsplatser (BIVA).
- **Tillnyktringsenhet (TNE)** har vårdplatser och lokaler i anslutning till den psykiatriska jourmottagningen i Örebro. Ansvarig för verksamheten är BC.

#### Kriterier för remittering till BC

1. Patienter med beroende av alkohol och/eller tabletter, där misstanke om allvarigare psykiatrisk störning/sjukdom finns. Tillfälliga sömnproblem eller lättare nedstämdhet räknas ej som sådana.
2. Patienter med allvarligt narkotikaberoende hänvisas i första hand till BC (t ex injektionsberoende eller avancerat cannabisberoende).

#### Körkortsyntyg till Länsstyrelsen

- Narkotika: Sköts av BC.
- Alkoholproblematik med komplicerande psykiska faktorer/sjukdom/ohälsa sköts i huvudsak av BC.
- Problematiskt bruk av läkemedel: Lågdosberoende (patienten håller sig inom föreslagna doser enligt FASS) sköts av primärvården. Vid svårare iatrogen tablettberoende kan patienter remitteras till BC för ineliggande avgiftning om insatser från primärvård har misslyckats.
- Övriga ärenden sköts av primärvården alternativt privata vårdgivare i Nära vård.

*Viktigt att labprover inklusive CDT och PEth samt leverstatus är tagna och påvisar en alkoholproblematik innan remiss skickas!*

## 5 Referenser

Folkhälsomyndigheten. Nationella folkhälsoenkäten – hälsa på lika villkor [Internet]. 2020 [citerad 2020-12-10]. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/om-vara-datainsamlingar/nationella-folkhalsoenkaten/>

Internetmedicin. Alkoholberoende, diagnostik och behandling [Internet]. 2020 [citerad 2020-12-10]. Hämtad från: <https://www.internetmedicin.se/behandlingsoversikter/intoxikation/alkoholberoende-diagnostik-och-behandling/>

Läkemedelsverket. Läkemedelsboken, Alkohol – riskbruk, skadligt bruk och beroende [Internet]. 2018 [citerad 2020-12-10]. Hämtad från: [https://lakemedelsboken.se/kapitel/beroendetillstand/alkohol-riskbruk\\_skadligt\\_bruk\\_och\\_beroende.html?search=al&iso=false&imo=false&nplId=null&id=t2\\_2](https://lakemedelsboken.se/kapitel/beroendetillstand/alkohol-riskbruk_skadligt_bruk_och_beroende.html?search=al&iso=false&imo=false&nplId=null&id=t2_2)

Rehm J, Gmel G, Gmel G, Hasan OSM, Imtiaz S, Popova S et al. The relationship between different dimensions of alcohol use and the burden of disease- an update. *Addiction* 2017;112:968-1001.

Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende. Stöd för styrning och ledning. Nationella riktlinjer [Internet]. Stockholm; Socialstyrelsen;2019[citerad 2020-12-10]. Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2019-1-16.pdf>

Socialstyrelsen. Prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor. Stöd för styrning och ledning. Nationella riktlinjer [Internet]. Stockholm; Socialstyrelsen;2018[citerad 2020-12-10]. Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2018-6-24.pdf>